



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

VIVIAN CHAGAS MARTINS

**O USO DA ESTERILIZAÇÃO FEMININA COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO NAS
MULHERES BRASILEIRAS CASADAS OU UNIDAS**

**RIO DE JANEIRO-RJ
MARÇO/2015**

VIVIAN CHAGAS MARTINS

**O USO DA ESTERILIZAÇÃO FEMININA COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO NAS
MULHERES BRASILEIRAS CASADAS OU UNIDAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Escola de Serviço Social da Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do grau de
bacharel em serviço social.

ORIENTADORA: PROFESSORA DRA. ZULEICA OLIVEIRA

RIO DE JANEIRO-RJ

MARÇO/2015

Dedico este trabalho aos meus pais, que tanto lutaram pela formação dos filhos. Ao meu marido sempre atencioso e paciente “*Tuninho*” e aos meus filhos, Luiz Fernando, João Pedro e Bento pelo simples fato de existirem.

E POR FALAR EM AGRADECER...

... Primeiramente agradeço a Deus por me ter me dado força para persistir, quando muitas vezes pensei em desistir.

Quero agradecer também ao meu marido e meus filhos que tentaram não surtar junto comigo.

Agradeço ainda a minha mãe, que esteve sempre ao meu lado e tomou conta das crianças durante esses muitos anos que precisei me ausentar; Obrigado mãe!

A minha família, que me ajudou e muito com meus filhos pra eu realizar esse trabalho. Pela paciência quando muitas vezes surtei.

Quero muito agradecer a minha orientadora Zuleica Oliveira por ter tido a maior paciência comigo, não desistir de mim durante esses longos meses e pelos livros que me presenteou. Adorei!

E pra finalizar agradeço também as minhas supervisoras de estágio na Maternidade Escola da UFRJ pela experiência e dedicação durante os três semestres em que estagiei na instituição. Pelo carinho, paciência e amizade. Meu muito obrigado a vocês equipe M.E.

***“Quando nasci um anjo esbelto,
desses que tocam trombeta, anunciou:
vai carregar bandeira.
Cargo muito pesado pra mulher,
esta espécie ainda envergonhada.
Aceito os subterfúgios que me cabem,
sem precisar mentir.
Não sou feia que não possa casar,
acho o Rio de Janeiro uma beleza e
ora sim, ora não, creio em parto sem dor.
Mas o que sinto escrevo. Cumpro a sina.
inauguro linhagens, fundo reinos
- dor não é amargura.
Minha tristeza não tem pedigree,
já a minha vontade de alegria,
sua raiz vai ao meu mil avô.
Vai ser coxo na vida é maldição pra homem.
Mulher é desdobrável. Eu sou”.***

Adélia Prado¹

¹ Garcia, Carla Cristina. Breve história do feminismo - São Paulo: Claridade, 2011. 120 p. : il. –(Saber de tudo) p.113 apud Adélia Prado. Com licença poética. In: *Bagagem*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986, p.19.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I	
A TRAJETÓRIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL	11
CAPÍTULO II	
TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO FEMINISTA	23
CAPÍTULO II.1	
ATUAÇÃO DO MOVIMENTO FEMINISTA NA LUTA E CONQUISTA DO PAISM E POSTERIORMENTE DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	28
CAPÍTULO III / METODOLOGIA	37
CAPÍTULO IV	
ANÁLISE DOS DADOS	41
CAPÍTULO IV.1	
O PESO DA ESTERILIZAÇÃO COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO NO BRASIL NO CONJUNTO DAS MULHERES CASADAS OU UNIDAS	43
CAPÍTULO IV.2	
O EFEITO DA ESCOLARIZAÇÃO NO USO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO BRASIL NO CONJUNTO DAS MULHERES CASADAS OU UNIDAS	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
ANEXOS	55
ANEXO 1 - LEI Nº 9.263 SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR	55
ANEXO 2 - CONCEITOS DE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS	61
ANEXO 3 - RECOMENDAÇÕES DA CPI	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

LISTA DE SIGLAS

BEMFAM – Sociedade de Bem-Estar Familiar

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

DIU – Dispositivo Intrauterino

DNCR – Departamento Nacional da Criança

FMI – Fundo Monetário Internacional

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PNSMIPF – Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo realizar uma análise comparativa a cerca do comportamento contraceptivo das mulheres brasileiras, com foco na prática da esterilização feminina. A fim de desenvolver essa temática, é necessário resgatar a trajetória do planejamento familiar no Brasil, ressaltando a importância da atuação do movimento feminista na conquista do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e dos direitos sexuais e reprodutivos. A metodologia utilizada consiste em analisar os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – 1996 e 2006 a fim de promover uma comparação de natureza quantitativa acerca do uso da esterilização feminina em mulheres casadas ou unidas que fizeram uso da laqueadura tubária como método contraceptivo, utilizando a Lei 9.263/96, conhecida como lei do planejamento familiar como marco. São analisados o peso da esterilização como método contraceptivo no Brasil no conjunto das mulheres casadas ou unidas e o efeito da escolarização no uso dos métodos contraceptivos no Brasil, também, no conjunto de mulheres casadas ou unidas. Como resultado dessa análise observa-se uma diminuição no uso da esterilização como método contraceptivo entre os anos de 1996 e 2006. No entanto, a categoria das mulheres sem instrução (na variável anos de estudo) mostra um sutil aumento no uso da esterilização como anticoncepção entre 1996 e 2006.

Palavras-chave Anticoncepção; Planejamento Familiar; Escolarização; Esterilização Feminina; Direitos Sexuais; Direitos Reprodutivos

ABSTRACT

This study aims to conduct a comparative analysis about contraceptive behavior of Brazilian women, focusing on the practice of female sterilization. In order to develop this theme, it is necessary to rescue the trajectory of family planning in Brazil, highlighting the importance role of the feminist movement in the conquest of Integral Assistance Program for Health woman and sexual and reproductive rights. The methodology used is to analyze data from the National Demographic and health of Children and Women – 1996 and 2006 – in order to promote a comparison of quantitative about the use of female sterilization in married or cohabiting women who used the female sterilization as a contraceptive method, using the Law 9.263/96, known as the law of family planning as a landmark. Are analyzed the weight of sterilization as a contraceptive method in Brazil in the group of married or cohabiting women and the effect of schooling in the use of contraceptive methods in Brazil, also in the set of married or cohabiting women. As a result of this analysis is observed a decrease in the use of sterilization as a contraceptive method between 1996 and 2006. However, the category of women with no education (in the variable years of schooling) shows a subtle increase in the use of sterilization as contraception between 1996 and 2006.

Key words Contraception; Family Planning; Education; Sterilization Female; Sexual Reproductive Rights

INTRODUÇÃO

A laqueadura tubária ou ligadura de trompas é um método de esterilização cirúrgica feminina, indicada às mulheres que não desejam mais ter filhos. Esse método consiste em cortar ou ligar cirurgicamente as trompas, que unem os ovários ao útero. É um método considerado seguro, eficaz e irreversível (FONTENELE & TANAKA, 2014).²

Num primeiro momento pode-se entender tal prática como somente mais uma opção de método contraceptivo. No entanto, ao aprofundarmo-nos nessa temática encontramos discussões que vão muito além da questão da contracepção. Ao estudar o fenômeno da esterilização feminina resgatamos uma trajetória de muita luta por parte de diversos setores da sociedade.

Se nas décadas que precederam 1990 e inclusive 90, as mulheres submetiam-se à esterilização por ausência de alternativas contraceptivas disponíveis e reversíveis, o movimento que acompanhamos a partir dos anos 2000, foi a prática da esterilização feminina sendo usada como método contraceptivo diante de uma gama de novas tecnologias reprodutivas reversíveis (VENTURA, 2002).

Essa prática teve tamanha visibilidade, tanto que em 1991 foi instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito na Câmara dos Deputados, comprovando as denúncias de esterilização em massa realizadas por governos, financiadas por organismos internacionais interessados no controle demográfico no Brasil e facilitadas por políticos em busca de votos (VENTURA, 2002).

Esse movimento não surgiu do nada. Nos capítulos que seguirão analisarei como a decisão de planejar a família chegou ao Brasil e quem foram os envolvidos nessa questão, a quem interessava, quais os desdobramentos, os embates e as conquistas que acompanharam toda a trajetória do planejamento familiar no Brasil.

Essa análise é fundamental para entender as possíveis mudanças no comportamento das mulheres casadas ou unidas que utilizaram a esterilização feminina como contracepção, conforme analisaremos adiante, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 1996 e 2006.

² FONTENELE, C. V. & TANAKA, A. C. A., O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado!: laqueadura e novas tecnologias reprodutivas. Saúde Soc., vol. 23, no. 2, São Paulo, Abril-Junho 2014.

“NOSSO CORPO NOS PERTENCE”

Movimento Feminista, final dos anos 1960.

I A TRAJETÓRIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

O Programa de Planejamento Familiar que conhecemos hoje no Brasil (mesmo que de forma superficial), foi pauta de mais de duas décadas de impasses por diversos setores da sociedade até sua implementação como Política de Saúde. Sua trajetória cheia de “idas e vindas” é o que pretendo explicar nesse capítulo (FONSECA SOBRINHO, 1993).

O Planejamento Familiar teve sua origem na década de 1960. Mas a proposta de controlar a fecundidade não surgiu como inovação de nenhum governo da época. A década de 60 no Brasil foi marcada pelo golpe militar e consequentemente suspensão dos direitos civis. Somado ao contexto de guerra fria, a nível mundial, onde o governo norte-americano pressionou os países do terceiro mundo a adotar uma política de controle demográfico.³

“O primeiro órgão governamental que se voltou exclusivamente para o cuidado da saúde materno infantil foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), criado em 1940. Suas principais funções foram coordenar e normatizar as ações voltadas à infância e à adolescência. Suas diretrizes de trabalho visavam integrar os planos e as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, públicos e privados, com os programas de saúde pública em geral. Toda a proteção à maternidade

³ Esse episódio foi um marco na história do Planejamento Familiar e na história do capitalismo como um todo. Com a instauração de um novo regime em Cuba, o socialista, os Estados Unidos da América, que tiveram diversas propriedades nacionalizadas naquele país sem qualquer tipo de indenização, se atentaram para o fato de não estarem prestando a devida atenção aos países do terceiro mundo.

A partir desse momento iniciaram-se uma série de medidas norte-americanas com o objetivo de conter o avanço socialista, que representava uma ameaça real. A primeira medida tomada pelos E.U.A foi convocar os países latino-americanos para uma conferência em 1960, com a finalidade de oferecer “ajuda econômica” e o “apoio material ao desenvolvimento econômico e social”.

Essas medidas emergiram no decorrer da conferência, a princípio a “ajuda” norte-americana sintetizava-se em diplomacia e intervenção militar. Durante o evento em Bogotá, na Colômbia, os representantes dos E.U.A foram pressionados a incluir outras ações em sua política externa (FONSECA SOBRINHO, 1993, p.81-90).

fundamentava-se em uma concepção de puericultura como a ciência por excelência para cuidar da procriação e criação de espécie humana. Desta forma, o DNCR associou seu projeto educativo à puericultura, enfatizando não só os cuidados com as crianças mais também com as mães, no que se referia à gravidez e amamentação, em especial” (OSIS, 1994, p.27).

Em 1964, foi deflagrado o golpe militar e quem assumiu o governo foi Castello Branco. No Brasil, até então, havia um ambiente favorável ao crescimento demográfico, entendido como pró-natalismo, pois, o argumento de que o país estava crescendo industrialmente e precisaria de mão de obra para atuar nessa nova realidade atendiam aos interesses de toda a sociedade e por isso era legítimo (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Se hoje podemos nos beneficiar do planejamento familiar como Lei, devemos salientar que essa conquista foi fruto de uma intensa luta entre duas coalisões num contexto de ditadura militar. Durante duas décadas as coalisões antinatalista e anticontrolista protagonizaram a história do planejamento familiar no Brasil.

Os antinatalistas eram formados pelo governo norte-americano, militantes da Escola Superior de Guerra, grandes empresários e grupos médicos; Todos com seus motivos específicos para apoiar uma política de controle populacional. Já os anticontrolistas se formaram em reação ao primeiro grupo e foi composto pela Igreja católica, pela “esquerda” e frações das Forças Armadas (FONSECA SOBRINHO, 1993).

A “Coalisão Antinatalista” era composta por entidades favoráveis a implantação de um programa de controle da fecundidade. O governo norte-americano adotou uma postura controlista a partir de 1965 e passou a cobrar ações nesse sentido como pré-requisito para empréstimos com o Fundo Monetário Internacional – FMI.⁴

Diante deste quadro, os E.U.A começaram a implantar no Brasil ações de controle populacional. A entidade que se destacou e ganhou visibilidade nacionalmente foi a Sociedade de Bem-Estar Familiar – BEMFAM. Outras entidades

⁴ O ano de 1965 foi um marco histórico para o Planejamento Familiar, foi nesse ano que o “*povo americano atingiu a consciência de que a situação demográfica no mundo representa uma séria e iminente ameaça para o bem-estar mundial, incluindo os Estados Unidos, e que alguma providência deve ser feita para afastar essa ameaça*” (FONSECA SOBRINHO, 1993, p.92).

também foram criadas pelos norte-americanos no Brasil, porém nenhuma conseguiu concretizar seus projetos.

A BEMFAM nasceu sob a ideologia do planejamento familiar, porém, para ser “aceita” pela sociedade e pela Igreja Católica ela usou a questão do aborto provocado para justificar sua existência. No Brasil, em 1964, haviam sido praticados 1,5 milhão de abortos e a BEMFAM surgiria justamente para conter esse fato. Diante dessa justificativa não havia como condenar suas atividades (FONSECA SOBRINHO, 1993).

As atividades exercidas pela BEMFAM eram restritas a distribuição de pílulas e (DIU) Dispositivo Intrauterino. Até mesmo dentro da categoria médica havia oposições sobre a atuação da instituição. No entanto, em 1967, já reunia uma série de entidades filiadas no Brasil.⁵

O governo fazia “vista grossa” para as atividades da BEMFAM no país, por não ter um discurso formado, a favor ou contra a essas ações. O fato foi que em 1967 essa temática ganhou visibilidade nacional, passando a ser um tema bastante discutido em toda a sociedade.

Esse ano, 1967, foi marcado por uma denúncia⁶ de que estaria havendo esterilização maciça de mulheres na Amazônia e que estas estariam sendo

⁵ Segundo a BEMFAM, o processo de implantação do Planejamento Familiar deveria seguir as seguintes etapas:

Primeira Etapa

Corresponderia à introdução de um elemento catalisador de variantes, visando ao início da aceleração do processo de implantação do Planejamento Familiar. As atividades da BEMFAM, que são o elemento catalisador, voltar-se-iam para a motivação, informação e educação, procurando criar grupos de base para a colocação do tema na pauta dos debates sobre os problemas nacionais. A criação de clínicas nesta fase é muito importante, e estas serão financiadas quase que integralmente pela Sociedade, pois os outros recursos da comunidade ainda não estão suficientemente motivados para arcarem com algum ônus dessas clínicas.

Segunda Etapa:

A segunda etapa [se caracteriza] pela expansão das atividades da Sociedade, solicitadas pela própria realidade presente (...).

Terceira Etapa:

A terceira etapa será aquela em que haverá total participação do Governo Federal, tomando para si a responsabilidade de oferecimento de serviços de Planejamento Familiar, tornando uma realidade para todas as classes sociais o direito de receber informações e meios para praticarem a paternidade responsável (FONSECA SOBRINHO, 1993, págs. 107 e 108).

⁶ Denúncia veiculada pelo jornalista Waldemar Pacheco de Oliveira, do jornal Última Hora em 21 de abril de 1967 (FONSECA SOBRINHO, 1993, p.109).

realizadas por missionários norte-americanos da Igreja Evangélica do Brasil. Essa reportagem foi apenas a primeira sobre este acontecimento, outras a seguiram obrigando ao governo a se posicionar.⁷

Em 1971, o documento “Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil” fez pela primeira vez menção a cuidados específicos com o grupo materno-infantil pós 64. Nesse documento previam-se programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, de estímulo ao aleitamento materno e de nutrição (OSIS, 1994).

Já com o tema sendo discutido mundialmente, em 1974 foi realizada a Conferência de Bucareste, pela ONU, que reuniu os governos de 135 países com objetivo de acordar ações de controle demográfico. Nesse evento o Brasil não chegou a romper com a sua posição pró-natalista, mais sinalizou grande inclinação a aderir o Planejamento Familiar (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Segundo OSIS (1994), o primeiro programa de atenção ao grupo materno-infantil surgiu em 1975, Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). Este programa dava ênfase à nutrição do grupo infantil, diante das altas taxas de mortalidade. Já com o público feminino, o alvo eram as gestantes, puérperas, e as mulheres que estavam em idade fértil. Suas ações consistiam em *“contribuir para maior produtividade com o ingresso de novas e mais hípidas gerações na força de trabalho”*.⁸

O embate entre os dois blocos era protagonizado, principalmente, pelo governo norte-americano e pela categoria médica a favor da adoção do programa de planejamento familiar e pela Igreja Católica, completamente contra a adoção desse tipo de política sob a alegação de que os filhos seriam o objetivo fim do matrimônio. A opinião da Igreja era de tamanha importância que foi crucial para engavetar várias tentativas de oficializar o programa no Brasil (FONSECA SOBRINHO, 1993).

No entanto, o bloco antinatalista não desistiu. A categoria médica se incumbiu de fundamentar a necessidade de um programa de controle demográfico baseado na concepção de saúde materno-infantil. Não adiantava o governo norte-americano

⁷ Diante desse escândalo o governo instaurou uma comissão para investigar as denúncias, no entanto nada foi concluído e a BEMFAM continuou atuando na sociedade.

⁸ OSIS, M. J. D. Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994, p.34.

investir apenas em ações de controle demográfico como a distribuição de métodos contraceptivos, se junto a essas ações não viesse um conceito mais amplo de saúde da mulher, onde a contracepção e consequentemente o planejamento familiar, aparecesse como parte integrante dessa política e não como objetivo único da mesma.

É necessário entender que a luta pela implantação de uma política de controle demográfico se dava em um contexto onde a sociedade estava impossibilitada de exercer seus direitos. Essa temática, a suspensão de direitos civis, fazia parte da pauta de reivindicações de diversos atores sociais pela retomada do poder pela sociedade civil, ou seja, a redemocratização. Até a década de 80 o governo “fez vista grossa” para as ações de planejamento familiar que já vinham sendo exercidas em território brasileiro desde a década de 60.

Mesmo diante de toda essa agitação, o Estado brasileiro, ou seja, o governo ditatorial não atuou diretamente na discussão entre as coalisões até então. Apenas em 1978 o governo Geisel manifestou ser favorável à implantação do planejamento familiar no Brasil. No entanto, não tomou nenhuma medida nesse sentido. O governo que o sucedeu, presidente João Batista de Oliveira Figueiredo, tratou do tema logo em sua primeira reunião. Sinalizando uma primeira abertura do Estado em aderir o programa no Brasil (FONSECA SOBRINHO, 1993).

A partir desse momento, o governo começou a tratar o tema como pauta de suas reuniões, entendendo assim que essa temática era importante para a sociedade. A coalisão antinatalista consegue, através do discurso da saúde materno-infantil e do argumento da “segurança nacional” legitimar suas atividades. O bloco anticontrolista teve que se adaptar ao planejamento familiar como uma realidade agora defendida pela sociedade e pelo Estado (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Diante desse novo contexto não restou escolha aos anticontrolistas. Estes tiveram de lutar para incorporar suas ideias ao texto que em breve iria dar vida ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Agora ao invés de apenas opor-se ao bloco antinatalista, os anticontrolistas começaram a propor medidas que atendessem também a reivindicações de outros deste bloco, como o movimento feminista por exemplo.

Todo esse cenário culminou para que em dezembro de 1982, fosse realizada em Brasília a Conferência de Parlamentares do Hemisfério Ocidental sobre

População e Desenvolvimento, onde diversas representações de peso endossaram a necessidade do Brasil em adotar uma política de controle da fecundidade.

Em resposta a essa nova conjuntura, o presidente Figueiredo declarou ser necessário ao país adotar uma política de controle populacional alegando ser primordial para o desenvolvimento nacional. Outro fator foi atender as exigências do Fundo Monetário Internacional – FMI. O Brasil estava em meio a uma crise e precisaria recorrer ao FMI para receber ajuda financeira.

A declaração do presidente foi entendida prontamente pelo Ministério da Saúde. A nova proposta do Ministério era de Integralidade, ou seja, os serviços deveriam funcionar de forma integrada, de maneira que abrangesse a doença como um todo; outro princípio era o da Universalidade do atendimento, todos teriam acesso ao atendimento; outra característica seria a Regionalização dos serviços, onde cada região disponibilizaria os serviços; e a Descentralização, dando autonomia aos Estados e Municípios.

“Para viabilizar a integralidade e a universalidade incluíam-se os conceitos de regionalização e descentralização dos serviços. O primeiro implicava que os serviços de saúde seriam organizados por regiões em cada unidade da Federação, obedecendo a diferentes níveis de complexidade no atendimento, de acordo com o tipo de problema de saúde a ser tratado. Esses níveis estariam interligados por um sistema de referência e contra referência, para permitir o encaminhamento das pessoas, conforme a necessidade. A prática dessa filosofia se daria em termos de que qualquer pessoa entraria no sistema de saúde pelo nível primário de atenção, o mais básico. Ali seriam rastreados os seus problemas de saúde, tratados os mais simples e, se houvesse problemas que exigissem tratamento mais complexo, a pessoa seria encaminhada para os níveis mais altos. A descentralização significava a progressiva capacitação dos Estados e municípios para gerenciarem diretamente a prestação dos serviços de saúde em seus limites. Essa capacitação se daria, principalmente, pelo repasse de recursos da União” (OSIS, 1994, p.61).

Foi diante dessa conjuntura que, em junho de 1983, foi inaugurado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. O documento não

fez qualquer menção ao controle demográfico como seu inspirador ou objetivo fim. Baseava-se em uma abordagem médica, dando ênfase a patologias que atingiam as mulheres, entre elas algumas relacionadas à reprodução (OSIS, 1998).⁹

As diretrizes gerais do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento; pressupunham uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a clientela pudesse apropriar-se “...dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde” (MS, 1984:16).¹⁰

Em 1984 foi publicado pelo Ministério da Saúde o documento intitulado de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Segundo OSIS (1994), os objetivos programáticos eram definidos nas seguintes áreas: pré-natal, parto, aleitamento materno, identificação e controle do câncer cérvico uterino e de mama, identificação e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), identificação e controle de outras patologias de maior prevalência entre as mulheres, e atividades de regulação da fertilidade incluindo o diagnóstico e tratamento de estados de infertilidade.¹¹

Enfim o Programa de Planejamento Familiar chega ao âmbito Federal e diante dessa nova realidade a Igreja Católica teve que se conformar. Ela continuou sendo favorável somente aos métodos contraceptivos naturais, condenando, principalmente, o uso do DIU, o qual acreditava ser abortivo. O Governo aderiu a algumas reivindicações da Igreja, numa tentativa de se aproximar da mesma, como por exemplo, priorizar os métodos naturais no PAISM.

Nesse momento, com a efetivação do PAISM, as mulheres iniciaram uma conquista de espaço na sociedade e mesmo diante de um estado ditatorial lutaram pelo reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. O PAISM foi o primeiro passo do movimento feminista em direção à efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos como tal, no entanto apenas após a

⁹ OSIS, M. J. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14 (Supl.1):25-32, 1998.

¹⁰ Brasil. Ministério da Saúde, op. Cit., 1984, p.16.

¹¹ Brasil. Ministério da Saúde, op. Cit., 1984, p.6.

redemocratização, num contexto de retomada de direitos, esse tema ganhará a visibilidade que lhe cabe.

Desde que a ideia de controle populacional chegou ao Brasil até a implementação de uma política com esse fim, mesmo que de maneira velada, em 1983 com a criação do PAISM, o planejamento familiar surgiu para atender a pressões externas. Não se pode negar que diante de um Estado ditatorial essa foi uma grande conquista (OSIS, 1998).¹²

A criação do PAISM foi um marco na história do planejamento familiar no Brasil. Este programa foi o primeiro contato oficial da população com o que posteriormente será chamado de direitos sexuais e reprodutivos. Após o nascimento do PAISM outros programas surgiram como desdobramento dessa política. Podemos citar o Programa Nacional de Prevenção das DSTs em 1986 e o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD em 1988 (DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).¹³

A década de 1980 foi de suma importância para a sociedade brasileira, em especial para a política de saúde, pois, diferente de tudo que já se tinha praticado no país, a saúde passou a ser um direito universal. A fim de iluminar a leitura e a reflexão sobre a temática, torna-se necessário fazer um breve relato sobre a trajetória da saúde no Brasil (BRAVO, 2001).

Segundo BRAVO (2001), no Brasil, a intervenção estatal só vai acontecer no século XX, mais efetivamente na década de 30. Em 1923, a reforma Carlos Chagas, tentou ampliar o atendimento a saúde. No entanto, foi com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), conhecidas também por Lei Elói Chaves, que inaugurou o que foi chamado de embrião do esquema previdenciário brasileiro.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60, tendo como foco a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, e restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só irá sobressair-se ao da saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2001).

¹² OSIS, M. J. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(Supl.1):25-32, 1998.

¹³ DÍAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A (ed.). **Afinal, que paz queremos?** Lavras: Editora UFLA, 2004, p.45-70.

De 1930 a 1945, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), é instaurada a medicina previdenciária. Os IAPs traziam novidades em relação ao modo operante. Procurou demarcar a diferença entre “previdência” e “assistência social”, definir limites orçamentários máximos para as despesas com “assistência médico-hospitalar e farmacêutica” (BRAVO, 2001).

No Brasil, a saúde pública de 1945 a 1964 não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade. A política de saúde na ditadura militar de 1964 a 1974 ficou marcada pela valorização e privilegiamento do setor privado, principalmente após 1966 com a unificação dos IAPs (BRAVO, 2001).

A década de 80 foi marcada pelo constante movimento dos sujeitos coletivos pela defesa de uma reforma sanitária para o país. Ainda segundo BRAVO, 2001:

“as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – Os Conselhos de Saúde”.¹⁴

A 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Assembleia Nacional Constituinte culminaram para a efetivação do texto constitucional, com relação à saúde, que apresentou como principais aspectos, segundo BRAVO, 2001 apud TEIXEIRA, 1989: 50-51:

- “O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;

¹⁴ Esse texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiro de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001, p.9.

- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados”.

Em 1988, o país, enfim, recebe uma nova Constituição, conhecida também por Constituição Cidadã. Essa nova Constituição traz em seu texto o novo sistema de saúde brasileiro, o SUS - Sistema Único de Saúde. Uma de suas principais características foi à universalização do acesso à saúde (BRAVO, 2001).

A década de 90 foi marcada pelo redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, a desvalorização da “coisa pública” e o privilegiamento do setor privado. O Projeto de Reforma Sanitária como descrito na constituição, foi esquecido, dando lugar a “projetos focalistas”, que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema (BRAVO, 2001).

É diante desse quadro que o planejamento familiar tomou forma. Até tornar-se Lei em 1996 foram travadas muitas batalhas, a fim de que fosse legitimado o conceito de “saúde reprodutiva”. Segundo DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004 apud GYSLING, 1994:¹⁵

“A Conferência sobre Direitos Humanos (1968), a Conferência de População (1974), a Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher (1975), a Conferência de Alma Ata (1978), a Assembleia Geral

¹⁵ DÍAZ, M; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C; CAMPOS, M.T.A (ed.). **Afinal, que paz queremos?** Lavras: Editora UFLA, 2004, p.45-70.

das Nações Unidas (1979), 4º Encontro Internacional de Mulher e Saúde (1984), Estratégias de Nairobi (1985), a Conferência do Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992), a Conferência de Viena sobre os Direitos Humanos (1993), a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994) e a 4ª Conferência Mundial da Mulher (1995)”.

Em 12 de Janeiro de 1996, durante a elaboração da nova Constituição Federal, foi aprovada a Lei 9263¹⁶, que foi considerada uma conquista de suma importância para o público feminino, como já mencionado anteriormente. Lei esta que regula o parágrafo 7º do artigo 226, sobre Planejamento Familiar:

“§ 7º - Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988” (Díaz; CABRAL; SANTOS, 2004, p.6).

As conferências citadas acima tiveram grande importância na construção dos conceitos de “saúde reprodutiva” e “direitos sexuais e reprodutivos”. No próximo capítulo explanarei de forma mais explícita o conteúdo das principais conferências. É necessário salientar que somente as conferências que se relacionaram com a atuação do movimento feminista serão abordadas. A importância da atuação do movimento feminista é um tema de extrema relevância, tópico este que será abordado no capítulo seguinte.

Faz-se necessário percorrer este caminho até a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, a fim de contextualizar a trajetória da saúde reprodutiva no Brasil. O objeto central desse trabalho é a prática da esterilização feminina como método contraceptivo no Brasil. Uma comparação entre o perfil das usuárias desse método antes e após a regulamentação da Lei 9.263/96. Para isso é necessário que conheçamos o caminho percorrido e os agentes que atuaram nessa jornada.

¹⁶ Anexo 1

“ESSE CORPO É NOSSO”

Movimento Feminista, final dos anos 1960

II TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO FEMINISTA

Diante de todo o contexto explicitado no capítulo anterior, não podemos deixar de ressaltar a importância do movimento feminista e sua trajetória de lutas, conflitos e conquistas. Este capítulo se dedicará a trazer, de maneira breve, um resgate da trajetória desse movimento.

“O feminismo pode ser definido como a tomada de consciência das mulheres como coletivo humano da opressão e exploração por parte do coletivo de homens no seio do patriarcado sob suas diferentes fases históricas. Desta forma, se articula como filosofia política e, ao mesmo tempo, como movimento social. É, ainda, uma consciência crítica sobre as tensões e contradições que encerram todos esses discursos que intencionalmente confundem o masculino com o universal” (GARCIA, 2011).¹⁷

A chamada primeira onda do feminismo data do século XVIII, os últimos anos deste século ficaram marcados pela transição entre a Idade Moderna e a Contemporânea. As características desse período histórico são o desenvolvimento científico e técnico e seus fundamentos.¹⁸ Um acontecimento bastante marcante nesse século foi a Revolução Francesa e todas as mudanças políticas que esse movimento provocou (GARCIA, 2011).

Diante de toda essa efervescência de pensamentos, surge o feminismo como corpo coerente de reivindicações e como projeto político, capaz de constituir um sujeito revolucionário coletivo, só pôde articular-se teoricamente a partir das premissas da ilustração, onde segundo GARCIA, 2011:

“Todos os homens nascem livres e iguais e, portanto, com os mesmo direitos. Mesmo quando as mulheres ficaram fora do projeto igualitário – tal como aconteceu na França revolucionária – a demanda

¹⁷ GARCIA, CARLA CRISTINA. Breve história do feminismo – São Paulo: Claridade, 2011. 120 p. : il. –(Saber de tudo) p.13.

¹⁸ O racionalismo, o empirismo e o utilitarismo foram os três fundamentos para o desenvolvimento científico e técnico (GARCIA, CARLA CRISTINA. Breve história do feminismo – São Paulo: Claridade, 2011. 120 p. :il. –(Saber de Tudo) p.39).

de universalidade que caracteriza a razão ilustrada pode ser utilizada para “irracionalizar” seus usos ilegítimos, neste caso, patriarcais.

Nesse sentido, o feminismo supôs a efetiva radicalização do projeto igualitário ilustrado. A razão ilustrada, fundamentalmente crítica, possui a capacidade de voltar-se sobre si mesma e detectar suas próprias contradições. E foi dessa maneira que as mulheres da Revolução Francesa a utilizaram quando observaram com espanto como o novo Estado revolucionário não encontrava contradição alguma em defender a igualdade universal e deixar sem direitos civis e políticos todas as mulheres”.¹⁹

A Revolução Francesa representou uma amarga e seguramente inesperada derrota para o feminismo. Os clubes de mulheres foram fechados e proibiu-se explicitamente a presença de mulheres em atividades políticas, sob a pena de ser guilhotinada ou exilada. As mulheres foram acusadas de abdicar ao seu destino de mães e esposas, como estava previsto nas leis da natureza (GARCIA, 2011).

O século XIX foi marcado por grandes movimentos sociais emancipatórios. O feminismo aparece, pela primeira vez, como um movimento social de âmbito internacional, com identidade autônoma e caráter organizativo. Esse período foi chamado de *A segunda onda* do feminismo.

Esse momento chamado de segunda onda ficou marcado por lutas pela igualdade entre os sexos e pela emancipação jurídica e econômica da mulher. Ao longo do século XIX as feministas se empenharam, além de seus objetivos específicos, em temáticas concernentes aos direitos humanos e civis (GARCIA, 2011).

Um movimento que marcou essa segunda onda foi o *sufragismo*, um movimento de agitação internacional, presente em todas as sociedades industriais que tinha dois objetivos centrais: o direito ao voto e os direitos educativos. Apenas em 1920 entrou em vigor a décima nona emenda dando direito às mulheres estadunidenses a votarem.

O século XX foi marcado por inúmeras guerras. A Primeira Guerra Mundial (1914-1918), em 1917 começa a Revolução Russa, Segunda Guerra Mundial (1939-

¹⁹ GARCIA, CARLA CRISTINA. Breve história do feminismo – São Paulo: Claridade, 2011. 120 p. : il. –(Saber de tudo) p.40.

1945) enfraqueceram o movimento feminista. O período entre guerras está marcado pela decadência dos movimentos feministas (GARCIA, 2011).

Em 1949, a filósofa Simone de Beauvoir lança a obra intitulada de *O segundo sexo*.²⁰ Esta obra trouxe bases teóricas para uma nova etapa do movimento feminista, que se acreditava estar morto. Efetivamente, o feminismo estava desarticulado, uma vez que os objetivos do sufragismo haviam sido conseguidos, parecia que não tinha razão de ser.

Pode-se dizer que boa parte do feminismo da segunda metade do século XX foi marcada profundamente por essa obra, não apenas porque coloca de pé novamente o feminismo depois da Segunda Guerra mais também porque é o estudo mais completo sobre a condição feminina escrito até aquele momento (GARCIA, 2011).

A terceira onda do feminismo será marcada por conceitos interdisciplinares por natureza. Assim como o feminismo posterior não se dedicará apenas à reivindicação, mas indagará todas as ciências e disciplinas da cultura e do conhecimento como fez Simone.

“O segundo sexo será o alicerce do feminismo dos anos 50 e se converteu no livro mais lido pela nova geração de feministas, construída pelas filhas, já universitárias, das mulheres que obtiveram depois de da Segunda Guerra Mundial o direito ao voto e à educação. Serão estas mulheres que protagonizarão a terceira onda do feminismo” (GARCIA, 2011).²¹

Até esse momento me reporteí apenas ao movimento feminista de maneira geral, no entanto a obra não qual me baseei se fundamentava prioritariamente no feminismo europeu e americano²². A fim de situar a importância desse movimento para esse trabalho, discorrerei a seguir brevemente sobre o movimento feminista no Brasil.

²⁰ GARCIA, CARLA CRISTINA. Breve história do feminismo – São Paulo: Claridade, 2011. 120 p. : il. –(Saber de tudo) apud BEAUVOIR, SIMONE de. O segundo sexo. Vol.1 Fatos e mitos e Vol.2 A experiência vivida. São Paulo: Nova Fronteira, 1980, 3ª edição.

²¹ GARCIA, CARLA CRISTINA. Breve história do feminismo – São Paulo: Claridade, 2011. 120 p. : il. –(Saber de tudo)p.82 apud BEAUVOIR, SIMONE de. O segundo sexo. Vol.1 Fatos e mitos e Vol.2 A experiência vivida. São Paulo: Nova Fronteira, 1980, 3ª edição.

²² GARCIA, CARLA CRISTINA. Breve história do feminismo – São Paulo: Claridade, 2011. 120 p. : il. –(Saber de tudo).

O movimento feminista brasileiro é um movimento político e social comprometido com a superação das desigualdades sociais. Num 1º momento estava comprometido com a causa da mulher; Num 2º momento estava comprometido com a discussão de gênero. Hoje ele assume a função de policiar as desigualdades sociais (COSTA e SCHMIDT, 2004).

O 1º momento do movimento feminista brasileiro, século XX, foi marcado pela luta pela igualdade de direitos, sob o lema de que homens e mulheres são iguais perante as leis. Não se reivindicava direitos específicos para as mulheres. Nesse momento o objetivo do movimento era superar diferenças que se traduziam em desigualdades (COSTA e SCHMIDT, 2004).

O 2º momento do movimento feminista, anos 60, ficou marcado pela luta pela diferença entre homens e mulheres, sob o lema de que homens e mulheres são diferentes por natureza. Pelas diversas formas de sentir, ver, viver, pensar e comportar-se nas relações sociais, reivindicava direitos específicos para as mulheres. Nesse momento o objetivo do movimento era afirmar a singularidade da mulher em relação ao homem e ter acesso não apenas aos direitos universais, mais também aos específicos (COSTA e SCHMIDT, 2004).

Ao longo dos anos 70 vai se formar uma concepção do termo gênero. Este termo será considerado um avanço diante das possibilidades que existiam da categoria mulher. Vai trabalhar a recriação da categoria mulher, mais pautada em outras leituras, vai problematizar o conceito gênero (COSTA e SCHMIDT, 2004).²³

“O conceito de gênero é a categoria central da teoria feminista. Parte da ideia de que o feminino e o masculino não são fatos naturais ou biológicos, mas sim construções culturais. Por gênero entendem-se todas as normas, obrigações, comportamentos, pensamentos, capacidades e até mesmo o caráter que se exigiu que as mulheres tivessem por serem biologicamente mulheres. Gênero não é sinônimo de sexo. Quando falamos de sexo estamos nos referindo à biologia – as diferenças físicas entre os corpos – e ao falar de gênero, as normas e condutas determinadas para homens e mulheres em função do sexo” (GARCIA, 2011, p.19).

²³ A ideia de gênero – aquilo que é considerado como natural nas mulheres é, na realidade, fruto da repressão e da aprendizagem social, ou como dirá Simone de Beauvoir: não se nasce mulher, torna-se (Breve história do feminismo – São Paulo: Claridade, 2011. 120 p. :il. –(Saber de Tudo) p.47).

É nesse contexto de resgate do pensamento feminista, a partir dos anos 60, que se inicia um processo de reflexão e discussão teórica sobre a prática do movimento. Juntamente ao recém-criado conceito de gênero, no contexto de luta pela igualdade; A próxima seção se destinará a discorrer sobre a atuação desse movimento na luta e conquista do PAISM e posteriormente dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil.

II.1 ATUAÇÃO DO MOVIMENTO FEMINISTA NA LUTA E CONQUISTA DO PAISM E POSTERIORMENTE DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Tendo visto toda a trajetória de lutas para implementar o planejamento familiar no Brasil, torna-se fundamental entender a importância da atuação desse movimento nessa caminhada. Para isso precisamos situar esse movimento dentro da história do planejamento familiar no Brasil, passando pelo PAISM até a conquista da Lei 9263.

De acordo com OSIS, 1994:

“Os movimentos de mulheres se alinharam na corrente anticontrolista, desde os meados da década de 70, encarando a regulação da fertilidade como um direito da mulher e que, por isso mesmo, não poderia ser tratado de forma impositiva, de cima para baixo. Também consideravam que não era um assunto para ser deixado à vontade, sem qualquer normatização oficial, como pretendiam algumas facções de esquerda naquela época. O controle da reprodução deveria ser democrático, a ser discutido pelas interessadas, e ao poder público caberia dar respostas aos anseios das mulheres como cidadãs que desejam seus direitos plenamente. Nas palavras de Ruth Cardoso:

Para que seja um direito de todas, é preciso que o Estado o promova (o direito de controlar a fecundidade), sem impô-lo... precisamos aceitar que só a atuação democrática do Estado pode colocar à disposição dos mais carentes os recursos que estão fora de seu alcance”.²⁴

No final da década de 60 o movimento feminista já discutia a concepção de saúde, que para este estava associada à concepção do conhecimento e reapropriação do próprio corpo sob o lema: “Nosso corpo nos pertence”.²⁵ As questões abordadas pelo Movimento iam muito além da discussão de controlar ou não a fecundidade, tratava-se de uma questão de direitos humanos (SCAVONE, 2004).

²⁴ OSIS, 1994 apud CARDOSO, R. Planejamento Familiar: novos tempos. **Novos Estudos CEBRAP** 2 (3): nov. 1993, p.20.

²⁵ SCAVONE, LUCILA. Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e ciências sociais. São Paulo: UNESP, 2004, p.44.

Na pauta desse movimento, outras reivindicações ganharam visibilidade, o direito à livre escolha da maternidade, da contracepção, do aborto legalizado e a questão de gênero. Mais que autonomia sobre o corpo, as mulheres lutavam para provar sua igualdade perante os homens. Embora reconhecessem suas diferenças biológicas, não admitiam serem tratadas como inferiores, como estava posto na sociedade. O chamado *patriarcado*.²⁶

É necessário lembrar que o “*momento em que o PAISM foi lançado era de grande efervescência no Brasil, com intensa atuação de movimentos sociais e da sociedade civil, em geral, lutando pelo restabelecimento da democracia*” (OSIS, 1998 apud ALVAREZ, 1990; CARDOSO, 1984; JACOBI, 1989).

Entre as reações mais favoráveis ao PAISM esteve a dos grupos organizados de mulheres em geral, que passaram a lutar pela implantação do Programa, considerando-o uma resposta satisfatória, naquele momento, às suas crescentes e expressivas demandas por uma atenção à saúde das mulheres não centralizada no cuidado materno-infantil, especialmente desvinculada do controle da reprodução (OSIS, 1998 apud BARROSO, 1984 a,b; COSTA, 1992; CORREA, 1993).²⁷

Segundo OSIS, 1998:²⁸

“O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um

²⁶ Forma de organização política, econômica, religiosa, social baseada na ideia de autoridade e liderança do homem, no qual se dá o predomínio dos homens sobre as mulheres; do marido sobre as esposas, do pai sobre a mãe, dos velhos sobre os jovens, e da linhagem paterna sobre a materna. O patriarcado surgiu da tomada de poder histórico por parte dos homens que se apropriaram da sexualidade e reprodução das mulheres e seus produtos: os filhos, criando ao mesmo tempo uma ordem simbólica por meio dos mitos e da religião que o perpetuam como única estrutura possível (GARCIA, CARLA CRISTINA. Breve história do feminismo – São Paulo: Claridade, 2011. 120 p. : il. –(Saber de tudo) p.17).

²⁷ Essa reação pode ser constatada, por exemplo, através de documentos produzidos em reuniões promovidas pelo movimento de mulheres como a Carta de Itapeverica, produzida a partir de um encontro de mulheres acontecido em outubro de 1984 (Labra, 1989). Nesse documento, a partir do diagnóstico de que as condições de saúde da mulher no Brasil eram precárias, reivindicava-se um programa integral, que atendesse às mulheres desde a infância até a velhice, incluindo a saúde mental e as doenças causadas pelo trabalho dentro e fora de casa. Esse programa deveria ter a preocupação de integrar prevenção e cura. Nesse sentido, entre os encaminhamentos propostos pelo grupo reunido, enfatizou-se que fosse incentivado o controle popular na implantação do PAISM (OSIS, M. J. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1):25-32, 1998 apud BARROSO, 1984a).

²⁸ OSIS, M. J. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1):25-32, 1998, p.31.

todo, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério”.

Durante a década de 70, a posição do movimento feminista esteve marcada pelo combate à ideia de planejamento familiar presente na atuação da BEMFAM, de que a pobreza somente seria superada se os brasileiros tivessem menos filhos (FONSECA SOBRINHO, 1993). Logo nos primeiros anos da década de 80, os movimentos de mulheres passaram a colocar a questão em outros termos, deslocando o eixo da discussão para situar a anticoncepção no contexto da atenção integral à saúde (OSIS, 1994).

O movimento feminista atuou diretamente na consolidação da ideia de atenção integral à saúde da mulher, como efetivada no PAISM, através da interlocução entre representantes desse movimento com pessoal da área da saúde, sobretudo os profissionais ligados ao grupo da UNICAMP, além de sanitaristas, sociólogas e psicólogas (SOBRINHO, 1993; OSIS, 1994).

Ainda que apoiasse a implantação do PAISM, o movimento de mulheres defendia que o integral se referisse também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas. Pediam que a mulher fosse atendida e entendida, pelos médicos, como um ser completo, não apenas portadora de um corpo, mas vivendo um momento emocional específico e inserida em um determinado contexto socioeconômico (OSIS, 1994).

Os movimentos de mulheres tiveram uma atuação fundamental ao longo dos anos 1980, lutando pelos direitos das mulheres pela justiça social e pela democracia, incorporando como prioritários na sua agenda, o tema da saúde da mulher e dos direitos reprodutivos (DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

Diante dessa ideologia, que procurou abranger todos os problemas de saúde ligados à reprodução, nasce o que foi nomeado de saúde reprodutiva, ligada à luta pela autonomia das mulheres. Esse novo conceito de saúde foi adotado por organismos políticos governamentais no final da década de 80, já em um contexto de redemocratização (SCAVONE, 2004).

O PAISM surge como um programa para além de controlar a fecundidade. Ele oferece as mulheres a opção de praticar uma vida sexual “livre”, destacada da função reprodutiva. Além de oferecer um atendimento integralizado, se preocupando com todos os aspectos da saúde da mulher e não mais a tratar de maneira pontual a doença. Esse novo conceito de saúde busca atender a mulher em sua totalidade (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Contudo, o texto do Programa defendia que nenhuma das áreas de atuação do mesmo fossem implantadas isoladamente. Admitia-se que era aceitável começar a implantação pela melhoria da atenção ao parto e puerpério. Já no que se refere às atividades de concepção e contracepção o texto mostrava-se enfático quanto ao fato de que elas nunca poderiam ser implantadas isoladamente (OSIS, 1994).

Após o Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, ocorrido em 1984, em Amsterdã, os direitos reprodutivos expandiram-se.²⁹ No referido Congresso foram discutidos aspectos divergentes entre países do Norte e do Sul. Essa década ficou conhecida, segundo ÀVILA (1993), como *segunda década dos direitos reprodutivos no país*³⁰, quando em 1986, através de uma intensa mobilização do movimento feminista na Constituinte³¹, o PAISM passou a ser executado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (SCAVONE, 2004).

Nesse sentido, pode se dizer que tal Programa representou um importante passo no caminho percorrido pelas ideias que levaram à Reforma Sanitária, passando pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, e culminando com os debates na Assembleia Nacional Constituinte, sendo que na Constituição de 1988 boa parte das reivindicações do Movimento Sanitário foram contempladas, inclusive a garantia de que o Sistema Único de Saúde – SUS seria constituído (OSIS, 1998 apud NEPP, 1988; JACOBI, 1989; TEIXEIRA, 1989).

O ano de 1988 foi marcado pela retomada do poder pela sociedade civil, ou seja, era o fim da ditadura militar no Brasil. Paralelo a essa conquista, o país recebeu uma nova Constituição, que ficou conhecida como Constituição Cidadã, por trazer em seu texto aspectos relacionados à “Garantia de Direitos” e “Universalização de Direitos”. É nesse contexto que a saúde avança de um direito

²⁹ Vide SCAVONE, LUCILA, 2004, p.55.

³⁰ Vide SCAVONE, LUCILA, 2004, p.57.

³¹ A Assembleia Constituinte de 1986 teve como objetivo aprovar o Projeto de Reforma Sanitária no país.

restrito aos que trabalhavam com vínculo empregatício e passa a ser um “Direito Universal”.

Diante dessa nova conjuntura surgiu no mesmo ano, 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS – que tinha como fundamentação unificar o atendimento à saúde, através de uma rede que atuasse nos níveis primário, secundário e terciário. Sendo executado pelo Estado como um direito a quem dele necessitar. Não sendo mais um benefício para somente aqueles que trabalhavam com carteira assinada, como dito antes, ou aqueles que poderiam pagar pelo atendimento (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Com a Constituição Federal de 1988, o conceito de saúde foi ampliado, deixando de significar mera assistência, mas o resultado de um conjunto de políticas públicas. A Carta Magna universalizou o acesso à assistência à saúde, que deixou de ser uma “esmola” de serviço estatal restrito aos contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS - para ser um direito de toda população, um direito social (VENTURA, 2002).

“A norma constitucional garante um modelo compatível com a política internacional de direitos humanos, concebendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantida *mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (VENTURA, 2002 apud art. 196, CF).

A década de 90 foi de intensa mobilização para o movimento feminista. A ONU se encarregou de organizar diversas Conferências para discutir o tema dos direitos sexuais e reprodutivos. No entanto, desde a década de 1960 já vinham sendo realizadas Conferências de extrema importância para a conquista e consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos. Como dito anteriormente, serão vistas apenas as que tiveram relevância para o movimento feminista (DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

A Conferência sobre Direitos Humanos, realizada em Teerã, em 1968, estabeleceu que a decisão sobre o número de filhos e o espaçamento entre eles constitui um direito dos casais.³²

Em 1974 foi realizada, em Bucareste, na Romênia, a Conferência de População, na qual se reconhecem dois elementos centrais: o direito de casais e indivíduos determinarem o número de filhos e seu espaçamento e o papel do Estado na garantia desses direitos, incluindo-se a informação e o acesso a métodos de controle da fecundidade.³³

Outra Conferência de suma importância foi a Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher, realizada em 1975, no México. Esse evento deu início ao Decênio da Mulher, no qual se reconheceu o direito à integridade física e às decisões sobre o próprio corpo, o direito a diferentes opções sexuais e os direitos reprodutivos, entre eles a maternidade opcional.³⁴

Em 1979, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou o documento principal do Decênio da Mulher: “A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher”. Entre as medidas propostas estão o direito à igualdade de homens e mulheres nas decisões sobre reprodução e a responsabilidade compartilhada em relação aos filhos.³⁵

A Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, onde “*declarou que os direitos humanos das mulheres são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos, sendo dever sua participação em igualdade de condições sociais e a erradicação de todas as formas de discriminação baseadas no sexo e de todas as formas de violência contra a mulher*” (Rios, Roger Raupp, 2006).

Nesta mesma Conferência, se acordou que os direitos humanos das mulheres incluem o direito a ter controle sobre sua sexualidade e a decidir livremente, sem discriminação nem violência.

Apenas um ano após o encontro de Viena, foi realizada a Conferência de Cairo em 1994, onde pela primeira vez a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, passaram a constituir os aspectos principais de um acordo central sobre população. O consenso de Cairo destaca o seguinte:

³² DÍAZ, M; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C; CAMPOS, M.T.A (ed.). Afinal, que paz queremos? Lavras: Editora UFLA, 2004, p.45-70.

³³ Idem 32

³⁴ Idem 32

³⁵ Idem 32

- Reconhece o papel central que tem a sexualidade e as relações entre homens e mulheres no que se refere à saúde e aos direitos da mulher.
- Afirma que os homens deveriam assumir responsabilidade pelo seu próprio comportamento sexual, sua fertilidade, a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e o bem-estar de suas companheiras e filhos e filhas que procriam.
- Define os serviços de saúde sexual e reprodutiva e chama a prover os serviços de informação integrais de boa qualidade para todos e todas, incluídos os e as adolescentes (DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004 apud MATAMALA, 1996).

Ainda discorrendo sobre Cairo, é necessário dizer que não houve consenso para que os direitos sexuais ficassem definidos e explicitados de forma separada, então eles foram incluídos e considerados nos direitos reprodutivos; Entre 1980 e 1994, grupos de mulheres do mundo inteiro, junto a instituições de planejamento familiar e também à organização mundial de saúde, fizeram muitos esforços para legitimar o conceito de “saúde reprodutiva”.³⁶

Em paralelo a esse acontecimento, estava sendo realizada a Convenção de Belém do Pará, que teve como pauta a questão da violência contra a mulher. No ano seguinte era a vez da Conferência de Pequim, 1995, que reafirmou as diretrizes de Cairo.

A 4ª Conferência Mundial da Mulher, realizada em 1995, em Beijing, onde se avançou no sentido de reconhecer o direito das mulheres de manejar e decidir sobre sua sexualidade (direito sexual). Outro ponto que também não obteve consenso em Cairo foi o relacionado com a legislação sobre o aborto e que foi retomado em Beijing, onde o acordo obtido foi a recomendação para que os governos revisassem as legislações que penalizam as mulheres (DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

Após Cairo e Beijing o *conceito de saúde reprodutiva transformou-se, segundo a ótica dos organismos internacionais, em:*

³⁶ DÍAZ, M; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C; CAMPOS, M.T.A (ed.). Afinal, que paz queremos? Lavras: Editora UFLA, 2004, p.45-70.

“um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não à simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis” (VENTURA, 2002, p.41).

Para que possamos entender essas conquistas é imprescindível que entendamos o que abarca cada um dos direitos citados, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. O anexo 2 trará informações valiosas acerca desses conceitos.

O processo legislativo de regulamentação do parágrafo 7º do art.226 da Constituição Federal foi lento e difícil, especialmente quanto à inclusão da esterilização cirúrgica como método contraceptivo. Em 12 de janeiro de 1996, durante a elaboração da nova Constituição Federal, a Lei nº 9.263 foi sancionada com vetos presidenciais e finalmente em 1997, passou a vigor sem vetos (VENTURA, 2002).

“Entende-se planejamento familiar como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos de constituição,

limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”
(VENTURA, 2002, p.53).

O planejamento familiar é integrado a Constituição como um direito de todo cidadão. O texto traz inovações para além daquelas previstas no PAISM, como a inclusão do homem como beneficiário do programa. A nova legislação atendeu a diversas reivindicações do movimento feminista e reuniu nesta lei direitos relativos à reprodução, sexualidade, saúde, orientação, informação, órgãos executores e suas proibições, da esterilização compulsória (BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

A partir desse momento o Brasil tinha uma lei que regulamentava todas as ações referentes a direitos sexuais e reprodutivos como uma visão mais ampla de atuação, entendendo que o tema da reprodução não se esgota na maternidade ou paternidade. Essa legislação foi uma conquista para o movimento feminista e as mulheres como um todo.

Nas seções seguintes o objeto desse estudo tornar-se-á mais evidente. A laqueadura tubária como método contraceptivo só foi regulamentada em 1996, no entanto antes disso já era amplamente praticada no Brasil, apesar da prática ser considerada ilegal. *“A prática constituía crime de lesão corporal com perda de função e do impedimento expresso no Decreto 20.931/31, que no artigo 16 proibia a ligação tubária e a esterilização masculina”*.³⁷

O que estudaremos nos capítulos seguintes será a metodologia adotada para desenvolver a análise dos dados e a análise dos dados propriamente dita, possibilitando identificar possíveis mudanças no comportamento das mulheres unidas, no que diz respeito ao uso da esterilização como contracepção, como mencionado no capítulo I.

³⁷ VENTURA, MIRIAM. Direitos reprodutivos no Brasil – São Paulo: M. Ventura, 2002, p.48.

III METODOLOGIA

Diante de inúmeras observações realizadas em meu trabalho de campo, quando fui estagiária da Maternidade Escola-UFRJ em 2009-1/2 e 2010-2, o desejo das mulheres pela laqueadura tubária como método contraceptivo despertou meu interesse, pois, em meu cotidiano essa prática naturalizou-se como um “hábito” sempre que as mulheres atingem o número considerado ideal de filhos.

Enquanto as mulheres da minha família nunca tiveram preocupação com idade, número de filhos, ou seja, com os critérios exigidos pela Lei para a realização da esterilização, pois, quando pago o procedimento torna-se acessível sem se reter aos critérios da Lei. Enquanto na rede pública esses critérios são entendidos de acordo com a particularidade de cada profissional, dando margem ao erro. Diante dessas observações decidi me debruçar sobre a temática da esterilização feminina e sua legislação.

O objetivo deste trabalho é iniciar uma análise de natureza quantitativa a cerca do comportamento contraceptivo das mulheres brasileiras, com foco na prática da esterilização feminina voluntária, como método contraceptivo, através da laqueadura tubária.

Empregando a Lei 9.263/96 – sobre o planejamento familiar – como marco histórico, busca-se identificar as mudanças no perfil das usuárias desse método antes e após a Lei entrar em vigor. A referida Lei trouxe pela primeira vez a esterilização feminina, através da laqueadura tubária voluntária, como direito das mulheres, regulamentando a prática desse procedimento no Brasil.

Fazendo uso de dados secundários referidos às pesquisas PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - 1996 e 2006, com recorte ao uso da esterilização feminina como método contraceptivo. É necessário ressaltar que os dados expostos serão retirados da PNDS 2006, já que a mesma mostra-se mais completa por conter comparações entre os padrões de 1996 e 2006.

Trata-se de uma pesquisa domiciliar cuja amostra nos possibilitará observar as mudanças no perfil das mulheres brasileiras que utilizam a esterilização feminina como método contraceptivo em dois momentos distintos.

A primeira pesquisa, em âmbito nacional, sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar foi a Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar – PNSMIPF, realizada em 1986. A PNSMIPF entrevistou

mulheres de 15 a 44 anos e apresentou dados sobre casamento, fecundidade, anticoncepção, saúde materno-infantil e mortalidade infantil.³⁸

A PNDS 1996 foi realizada dentro da terceira fase do programa mundial de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) com o objetivo de levantar informações atualizadas sobre os níveis da fecundidade, mortalidade infantil e materna, anticoncepção, saúde da mulher e da criança, conhecimento e atitudes relacionadas às DST/AIDS. Uma subamostra para homens, correspondente a 25% dos domicílios, permitiu entrevistar 2.949 homens com idade de 15 a 59 anos. A pesquisa levantou ainda informações sobre 4.782 crianças menores de 5 anos, filhos de mulheres entrevistadas.

Foram coletadas informações de 13.283 domicílios, cobrindo as cinco macrorregiões, em áreas urbanas e rurais, tendo sido entrevistadas 12.612 mulheres de 15 a 49 anos. A pesquisa foi financiada pelos governos do Brasil e dos Estados Unidos, como também, pelas Nações Unidas. A Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil – BEMFAM, foi a entidade responsável pela realização da pesquisa e contou com o apoio do Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro Internacional Inc.³⁹

A PNDS 2006 estava inserida na quinta fase do projeto MEASURE DHS (Demographic and Health Survey)⁴⁰, a pesquisa teve por objetivos principais:

“caracterizar a população feminina em idade fértil e as crianças menores de cinco anos segundo fatores demográficos, socioeconômicos e culturais; identificar padrões de conjugalidade, parentalidade e reprodutivos; identificar perfis de morbi mortalidade na infância e de amamentação; avaliar o estado nutricional; avaliar a segurança/insegurança alimentar, o teor de iodo disponível em âmbito domiciliar e avaliar o acesso a serviços de saúde e a medicamentos”.⁴¹

Para isso foi realizado um inquérito domiciliar nacional com aproximadamente 15 mil mulheres, de 15 a 49 anos de idade, e cerca de cinco mil crianças menores de

³⁸ Vide PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER 1996, p.27.

³⁹ Vide PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER 1996.

⁴⁰ Uma investigação conduzida em escala global com apoio da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID) em parceria com várias outras instituições internacionais, que tem como objetivo prover dados e análises para um amplo conjunto de indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação de impacto nas áreas de população, saúde e nutrição de mulheres e crianças nos países em desenvolvimento.

⁴¹ PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER 2006, P.10.

cinco anos, representativo das cinco macrorregiões brasileiras e dos contextos urbano e rural do país.⁴² A pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde e coordenada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) em articulação com quatro instituições parceiras.⁴³

Para efeito dessa pesquisa serão consideradas apenas as informações prestadas por mulheres de 15 a 44 anos de idade, casadas ou que viviam em união, que compreende 6.613 entrevistas em 1996 e 8.707 em 2006. Cabe ressaltar que utilizarei como base a análise realizada no capítulo 5 da publicação (PNDS 2006) focando apenas na variável anos de estudo das referidas mulheres.⁴⁴

Diante de um acervo tão vasto de informações, me reterei a analisar apenas o uso da esterilização feminina, em mulheres casadas ou unidas, como método contraceptivo, utilizando uma abordagem comparativa entre os anos 1996 e 2006. Esta análise contemplará as cinco macrorregiões brasileiras.

Essa pesquisa investiga quem são as mulheres que mais realizam a esterilização como contracepção. No caso particular dessa pesquisa procura-se analisar o peso da esterilização como método contraceptivo no Brasil no conjunto das mulheres unidas e o efeito da escolarização no uso dos métodos contraceptivos no Brasil no mesmo conjunto de mulheres mencionado.

Traçando esse perfil podemos enfim responder a questão central desse trabalho: O perfil das mulheres que optaram por esse procedimento mudou após a Lei 9.263/96? Essa é uma análise que se faz importante, pois, essa Lei trouxe pela primeira vez a questão da esterilização feminina voluntária como direito das mulheres e dever do Estado.

Neste sentido, ela trará elementos que poderão vir a contribuir para embasar e propor políticas sociais, ações de cunho educacional, informativo e médico, entre outras, Com objetivo de capacitar as mulheres a respeito dos métodos contraceptivos existentes e suas reações e as implicações da esterilização feminina voluntária na vida e saúde das mulheres.

⁴² PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER 2006, P.11.

⁴³ Duas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - o Núcleo de Estudos de População (NEPO) e o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas – e duas da Universidade de São Paulo (USP) - o Núcleo de Pesquisas em Nutrição e Saúde da Faculdade de Saúde Pública e o Laboratório de Nutrição do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (PNDS 2006).

⁴⁴ PERPÉTUO, I. H. O. ; WONG, L. L. R. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER 2006, capítulo 5, p.87-104.

“NÃO SE NASCE MULHER TORNA-SE”

Simone de Beauvoir

IV ANÁLISE DOS DADOS

Após percorrermos todo esse caminho árduo e sinuoso na luta pelo reconhecimento, conquista e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, estamos diante de uma realidade no mínimo controversa. Os movimentos feministas lutaram bravamente pela consagração desses direitos, no entanto a esterilização feminina aparece como uma limitação na efetivação desses direitos.

A esterilização feminina no Brasil como método contraceptivo, é uma prática que vem sendo disseminada desde a década de 1980. A despeito da inexistência de qualquer lei específica que proibisse a realização da esterilização voluntária, a sua prática não era permitida com base no Código Penal Brasileiro de 1940, artigo 29, Parágrafo 2.III,

“O qual diz que qualquer lesão corporal de natureza grave, resultando em debilidade permanente de membro, sentido ou função do corpo é considerada como crime. A esterilização voluntária era, portanto, interpretada como ofensa criminal, desde que resulta em perda ou incapacidade da função reprodutiva e sua prática carrega consigo uma penalidade de um a oito anos de reclusão” (BERQUÓ & CAVENAGHI, 2003, p.442).

Ainda segundo BERQUÓ & CAVENAGHI (2003), o *Código de Ética Médica* (por meio da Resolução 1.154- CFM, 1984) *proibia a esterilização voluntária até 1988, no entanto, casos excepcionais eram considerados quando existia indicação médica precisa, atestada por dois médicos ouvidos em conferência. Em 1988, o Código de Ética Médica revoga a decisão anterior e explicitamente exige que os médicos sigam as leis específicas, afirmando: “é vedado ao médico... descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento”* (Artigo 43).

Apenas em 1997 a esterilização voluntária feminina e masculina foi regulamentada pela Portaria 144 do Ministério da Saúde (MS), de acordo com a Lei 9.263, de 1996, dentro de um escopo maior sobre a legislação do planejamento familiar (BRASIL, 1997a,1997b). O artigo principal da lei (Art.10), com relação à esterilização diz que:

“Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajara esterilização precoce” (BERQUÓ & CAVENAGHI, 2003).⁴⁵

Diante de tudo que foi explanado a cerca da esterilização feminina, pode-se entender a importância da lei para tal prática, principalmente por incluir esse procedimento no sistema único de saúde atingindo a um contingente muito maior de mulheres, incluindo aquelas mulheres que não podiam pagar pelo procedimento.⁴⁶

Tantos anos de uso dessa técnica deixaram marcas consideráveis nas mulheres brasileiras, cujo ideal contraceptivo passou a ser a esterilização. Várias pesquisas demonstram que as mulheres de baixo poder aquisitivo aspiram pela esterilização e até pagam para realiza-la (SCAVONE, 2004).

A seguir analisaremos os dados das PNDS 1996 E PNDS 2006, sobre a esterilização feminina como método contraceptivo em mulheres casadas ou unidas a fim de descobrir quais as mudanças no perfil dessas mulheres após a regulamentação da laqueadura tubária voluntária.

⁴⁵ Em fevereiro de 1999, houve uma mudança significativa na regulamentação da lei, por meio da Portaria 048 de 11 de fevereiro de 1999. A maior modificação apresentada nesta portaria foi a proibição da realização da laqueadura tubária durante o período do parto ou aborto e até 42 dias depois destes, exceto em casos de cesarianas sucessivas anteriores e casos onde a exposição a outro ato cirúrgico representasse risco de vida para a mulher (BERQUÓ, E. & CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos e a nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup.2):S441-S453, 2003).

⁴⁶ A ilegalidade associada à sua realização e a alta demanda pela esterilização explicam, em grande parte, porque a laqueadura tubária é tão frequentemente praticada durante a cesariana no setor privado (BERQUÓ, E. & CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos e a nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup.2):S441-S453, 2003).

IV.1 O PESO DA ESTERILIZAÇÃO COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO NO BRASIL NO CONJUNTO DAS MULHERES CASADAS OU UNIDAS

Estudar o comportamento reprodutivo das mulheres casadas ou unidas sem situá-las na sociedade patriarcal em que vivemos é corroborar para oprimir e responsabilizar ainda mais essas mulheres por futuras conquistas ou fracassos em suas atividades reprodutivas, sem que seja levado em conta o peso da contracepção sob as mesmas, onde as mulheres são responsabilizadas, só e unicamente, pelas funções reprodutivas do conjunto familiar.

Analisar o patriarcado significa entender que o controle patriarcal se estendia também as famílias, às relações sexuais, trabalhistas e outras esferas. Ou seja, a imposição do poder dos homens sobre as mulheres, dos maridos sobre as esposas, do pai sobre a mãe (VENTURA, 2002).

Segundo GARCIA (2011), *“o patriarcado surgiu da tomada de poder histórico por parte dos homens que se apropriaram da sexualidade e reprodução das mulheres e seus produtos: os filhos, criando ao mesmo tempo uma ordem simbólica por meio dos mitos e da religião que o perpetuam como única estrutura possível”*.⁴⁷

A tabela 1 nos apresenta o panorama geral do uso da esterilização como método contraceptivo mais praticado entre mulheres unidas no Brasil. No ano de 1996, a esterilização feminina aparece como o método mais utilizado entre as mulheres unidas com 38,5%. Já no ano de 2006, podemos observar um declínio no uso desse método para 25,9%. Em períodos mais recentes, o uso da pílula assumiu a primeira posição no “ranking” de métodos contraceptivos mais utilizados por mulheres unidas no Brasil.

O comportamento que podemos observar nas mulheres unidas, é que estas após atingirem um número desejado de filhos optam pela prática da esterilização como método contraceptivo. Essa prática também é representada como a única alternativa confiável, segura, de evitar uma nova gravidez. Ela chegou a ser representada como se fosse uma conquista, como uma elevação de posição social (OSIS et al., 1999).

Esse é um entendimento inadequado, pois, a realização da esterilização não significa que essas mulheres alcançaram a autonomia sobre seu corpo e sua vida

⁴⁷ GARCIA, 2011, p.17.

sexual e reprodutiva. A prática da laqueadura tubária acaba por isentar essas mulheres do uso de outras formas de prevenção, como o abandono do preservativo masculino “camisinha” e feminino, não levando em conta o risco de contrair uma ou algumas das diversas DSTs existentes.

Tabela 1 – Distribuição relativa das mulheres unidas de 15 a 44 anos, segundo o uso de métodos anticoncepcionais e tipo de método (Brasil, PNDS 1996 e 2006).

Ano/Método	Total	Total
	1996	2006
Não usa	22,1	18,4
Esterilização		
Feminina	38,5	25,9
Masculina	2,8	5,1
Pílula	23,1	27,5
Condom	4,6	13,0
Outros métodos*	3,0	7,0
Abstinência periódica	2,9	1,0
Coito interrompido	3,0	2,1
Total	100,0	100,0

Fonte: PNDS-1996 e PNDS-2006

* Inclui todos os outros métodos: DIU, diafragma, injeções e outros

O peso da anticoncepção, claramente vivenciado pelas mulheres, contrapõe-se à angústia de não saber como controlar efetivamente a sua fecundidade, em vista de insucessos frequentes, traduzidos no incômodo de suportar efeitos colaterais e, principalmente, em gravidezes indesejadas. Por ser feita pelo médico, a sua eficácia se legitima e, ao mesmo tempo, absolve a mulher da culpa relativa às possíveis falhas dos métodos anticoncepcionais (FAÚNDES et al., 1998).⁴⁸

O papel reprodutivo é socialmente imposto às mulheres, como se a responsabilidade fosse unicamente delas. Dessa forma seria atribuído a ela

⁴⁸ FAÚNDES, A., Associação entre prevalência de laqueadura tubária e características sócio demográficas de mulheres e seus companheiros no Estado de São Paulo, Brasil et al., Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(Supl.1):49-57, 1998.

qualquer insucesso nessa área, como uma incapacidade pessoal de controlar o próprio corpo. Diante dessa realidade, a laqueadura aparece como a melhor opção (BERQUÓ & CAVENAGHI, 2003).⁴⁹

A alta prevalência de laqueadura tubária implica vários problemas, primeiramente, é consequência da falta de informação e acesso das mulheres aos métodos anticoncepcionais reversíveis; acarreta os impasses do arrependimento pós-esterilização cirúrgica e contribui para aumentar o número de cesáreas desnecessárias, realizadas somente para realizar a laqueadura (FAÚNDES et al., 1998).

O movimento que identificamos na tabela 1, foi de retração do procedimento de esterilização feminina entre as mulheres unidas, comparando as pesquisas de 1996 e 2006. Ao analisarmos esse declínio, podemos identificar uma nova tendência entre as mulheres. Essas mudanças indicam melhoria das condições em que se dá a prática anticoncepcional e a presença mais atuante do sistema de saúde. No entanto, devemos reconhecer o aumento da participação masculina na contracepção, através da vasectomia e uso do preservativo (PNDS 2006).

Por outro lado, devemos entender que essa queda substantiva após a regulamentação da Lei 9263/96 também se deu por algumas características encontradas no próprio corpo da referida lei. Alguns critérios exigidos tiveram caráter restritivo, impondo obstáculos à realização do procedimento de esterilização.

Segundo CAETANO (2014), tais obstáculos estariam relacionados com a adoção, por parte dos serviços e médicos, de critérios de idade e números de filhos mais restritivos do que os presentes na portaria regulatória, necessidade de obter anuência por escrito do cônjuge, demora entre a solicitação e a realização do procedimento, proibição da laqueadura no parto e pós-parto, além de uma cobertura territorial limitada de serviços médicos do SUS credenciados para ofertar a esterilização cirúrgica feminina.

As dificuldades diante dos efeitos colaterais com os outros contraceptivos orais ou injetáveis, os problemas de negociação junto ao companheiro na utilização do preservativo, a falta de orientação ou mesmo desconhecimento no manuseio da camisinha feminina ou diafragma, as dificuldades em adquirir o Dispositivo

⁴⁹ BERQUÓ, E. & CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S441-S453, 2003.

Intrauterino (DIU), todos os entraves iriam culminar com o desejo da intervenção cirúrgica (FONTENELE & TANAKA, 2014).

Outro aspecto que não pode deixar de ser lembrado é o peso do *Habitus*, segundo FONTENELE & TANAKA (2014) apud PIERRE BORDIEUR (1998, 1979), “*é uma via de disposição à determinada prática de grupo*”. Ou seja, desde algum tempo, em gerações anteriores, mães, avós, foi sendo construído um ambiente social favorável à prática da laqueadura como um método contraceptivo eficaz e habitual.

A tabela 1 mostra uma retração no uso da laqueadura como método contraceptivo mais utilizado por mulheres casadas ou unidas entre 1996 e 2006, como visto anteriormente. No entanto, é necessário ainda conhecer o perfil dessas mulheres, o que o se tornará possível após a análise do perfil de escolarização das mesmas no próximo tópico.

IV.2 O EFEITO DA ESCOLARIZAÇÃO NO USO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO BRASIL NO CONJUNTO DAS MULHERES CASADAS OU UNIDAS

A Tabela 2 apresenta dados sobre a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais por escolaridade da mulher. A esterilização feminina já apresentava, em 1996, relação negativa com o nível de escolaridade e esta relação se acentuou em 2006 (PNDS 2006).

Tabela 2 – Distribuição relativa das mulheres unidas, de 15 a 44 anos, segundo o uso de anticoncepcionais e tipo de método, por anos de estudo (Brasil, PNDS 1996 e 2006).

Ano/Método	Nenhum	1 a 4 anos	5 a 7 anos	8 ou mais	Total
1996					
Não usa	33,5	26,6	21,4	16,0	22,1
Esterilização					
Feminina	47,5	41,1	35,6	35,9	38,5
Masculina	0,2	1,8	2,1	4,8	2,7
Pílula	7,7	20,0	28,4	25,7	23,1
Condom	2,7	2,8	4,6	6,7	4,6
Outros métodos*	2,0	2,4	2,5	4,0	3,0
Abstinência periódica	2,2	2,0	2,1	4,4	2,9
Coito interrompido	4,2	3,3	3,3	2,5	3,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2006					
Não usa	22,9	20,1	21,6	16,6	18,4
Esterilização					
Feminina	49,8	39,5	25,2	20,5	25,9
Masculina	0,2	3,2	3,6	6,4	5,1
Pílula	16,4	22,2	27,0	30,0	27,5
Condom	6,0	7,2	14,9	14,8	13,0
Outros métodos*	0,4	4,3	6,0	8,4	7,0
Abstinência periódica	1,2	0,6	0,3	1,4	1,0
Coito interrompido	3,1	2,9	1,4	1,9	2,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: PNDS-1996 e PNDS-2006

* Inclui todos os outros métodos: DIU, diafragma, injeções e outros

A realidade que encontramos na tabela nos revela que a prática da esterilização feminina é inversamente proporcional ao tempo de estudo das mulheres. Ou seja, quanto mais anos de estudo a mulher apresenta, menor a taxa de esterilização como método contraceptivo.

Na PNDS 1996, a esterilização feminina aparece como o método mais utilizado pelas mulheres em geral, independente dos anos de estudo. No entanto, as mulheres sem nenhuma instrução aparecem com 47,5%, enquanto as mulheres que possuíam 8 ou mais anos de estudos apresentavam 35,9%.

De acordo com PNDS 2006, o panorama continuou a perpetuar essa desigualdade. Segundo os dados o abismo entre as mulheres sem instrução e as com 8 ou mais anos de estudo, aumentou substantivamente. Enquanto as mulheres sem instrução que utilizaram a esterilização como contracepção representaram 49,8%, as mulheres com maior escolaridade reduziram o uso a 20,5%.

Outra característica que merece destaque esta relacionada ao uso da pílula. Na PNDS 1996, o uso da pílula não superou a prática da esterilização feminina em nenhuma das categorias da variável anos de estudo. Por outro lado, a PNDS 2006 trouxe essa novidade. O uso da pílula como contracepção entre as mulheres casadas ou unidas superou e ultrapassou o número de esterilizações femininas realizadas em mulheres com no mínimo 5 anos de estudo.

Segundo análise da PNDS 2006, as evidências até aqui apresentadas sugerem que a ampliação do repertório anticoncepcional ocorrida entre 1996 e 2006, com a diminuição da importância relativa da esterilização, não beneficiou igualmente todas as mulheres.

Partindo do pressuposto de que os níveis de escolarização atuam como indicador da condição socioeconômica dessas mulheres, podemos promover uma análise acerca dessa realidade (PNDS 2006), entendendo que esta lacuna está no conhecimento e acesso aos métodos contraceptivos reversíveis existente.

Entende-se que quanto maior no nível de escolarização maior o acesso aos métodos reversíveis, utilizando a esterilização apenas quando o número de filhos, considerado ideal, é alcançado. Nesse grupo de maior escolaridade, os métodos contraceptivos reversíveis são iniciados anteriormente a chegada dos filhos, possibilitando a essas mulheres um maior controle sobre sua capacidade reprodutiva (PNDS 2006).

Tabela 3 – Algumas características das mulheres esterilizadas, segundo anos de estudo (Brasil, PNDS 1996 e 2006).

Característica	1996				2006			
	Nenhum	1 a 4 anos	5 a 7 anos	8 ou mais	Nenhum	1 a 4 anos	5 a 7 anos	8 ou mais
Percentual de mulheres que não usaram nenhum método antes da esterilização	32,5	18,4	12,7	8,2	31,6	13,1	6,5	6,2
Parturição média ao usar primeiro método anticoncepcional	2,9	1,6	1,0	0,6	1,8	1,1	0,6	0,4
Percentual de mulheres com primeiro nascimento antes da primeira união	13,2	11,5	13,1	7,8	9,5	11,5	15,2	10,2
Percentual de mulheres que foram esterilizadas com menos de 25 anos de idade	27,2	25,0	27,9	19,0	24,4	32,7	32,6	21,7
Percentual de mulheres que foram esterilizadas com menos de 2 filhos	2,6	1,6	1,9	3,0	7,2	2,1	1,0	2,5
Percentual de mulheres arrependidas da esterilização	13,0	10,8	14,0	9,9	18,5	13,6	14,8	11,8

Fonte: PNDS 1996 e PNDS 2006

A tabela 3 nos revela ainda mais sobre as mulheres esterilizadas. Segundo dados da tabela, o percentual de mulheres que não faziam uso de nenhum método contraceptivo antes da esterilização caiu entre 1996 e 2006 em todas as categorias da variável anos de estudo. As mulheres com 5 a 7 anos de estudo se destacaram com redução quase pela metade desse número, de 12,7% em 1996 para 6,5% em 2006.

Esses dados nos evidenciam a perda da importância da esterilização enquanto método contraceptivo. Segundo VENTURA (2002), a partir de 1998 ocorreu um movimento de aceleração de ações mais concretas para implementação e organização dos serviços de assistência à saúde da mulher. Esse movimento

corroborar com os dados apresentados, ou seja, mais mulheres estão usando métodos contraceptivos antes de optarem pela laqueadura.

Outro dado revelado pela tabela é número de filhos (em média) que essas mulheres geraram antes da primeira contracepção. O movimento que observamos é de retração desse fenômeno, com diminuição em todas as categorias da variável anos de estudo. As mulheres sem nenhuma instrução passaram de 2,9 filhos em 1996 para 1,8 em 2006. Esse dado nos revela que as mulheres estão tendo menos filhos antes de utilizar o primeiro método contraceptivo.

No que diz respeito ao número de filhos antes da primeira união, as mulheres com 8 anos ou mais de estudo apresentaram um aumento em porcentagem. Enquanto 7,8% das mulheres tiveram filho antes da primeira união em 1996, em 2006 esse número subiu para 10,2%. Já no grupo de mulheres sem instrução os números tiveram um decréscimo de 13,2% em 1996 para 9,5% em 2006. As mulheres com 1 a 4 anos de estudos mantiveram a mesma proporção de 11,5%.

Uma das condições trazidas pela lei do planejamento familiar para a realização do procedimento de esterilização em mulheres é a questão da idade. Segundo a Lei 9.263/96 a mulher que se candidatar ao procedimento de laqueadura, precisa ter no mínimo 25 anos ou 2 filhos vivos. Esse “ou” abre brecha para inúmeras interpretações (VENTURA, 2002).

Os próximos dois pontos a serem analisados vão de encontro ao critério estabelecido pela lei. Em 1996, 27,2% das mulheres casadas ou unidas sem instrução estavam esterilizadas e esse procedimento havia se dado antes dos 25 anos. No decênio seguinte visualizamos uma ligeira queda nesse número, de 27,2% em 1996 para 24,4% em 2006 (PNDS 2006).

Na contramão desse movimento, o grupo de mulheres com 8 anos ou mais de estudo apresentou uma ligeira elevação. Se em 1996 essas mulheres representavam 19,0% em 2006 esse número subiu para 21,7%. De acordo com esses dados podemos dizer que após a regulamentação da esterilização, mulheres com mais tempo de escolaridade estão realizando esse procedimento mais precocemente, ou seja, abaixo da idade exigida pela lei.

Ainda sobre essa questão, nenhuma das outras categorias (variável anos de estudo) apresentou queda senão a que se referiu a mulheres sem nenhum tempo de estudo. Na variável 1 a 4 anos a porcentagem subiu de 25,0% em 1996 para 32,7%

em 2006. Na variável 5 a 7 anos a porcentagem subiu de 27,9% em 1996 para 32,6% em 2006 e finalmente a variável 8 anos ou mais, já discutida acima.

Essa análise denuncia que apenas as mulheres sem nenhuma instrução apresentaram queda nessa temática, ou seja, após a regulamentação da esterilização em 1997 tornou-se mais difícil o acesso a laqueadura por esse grupo de mulheres. Isso se deve ao fato da prática ter sido legalizada e a nova lei exigir inúmeros critérios para realizar a esterilização cirúrgica (VENTURA, 2002).

Outro critério exigido pela lei do planejamento familiar é a necessidade da mulher possuir pelo menos dois filhos vivos. O que podemos observar na tabela 3 é uma acentuado aumento no número de mulheres que realizaram a esterilização com menos de dois filhos. Esse aumento foi observado na categoria de mulheres sem nenhum ano de estudo a 4 anos de estudo. No entanto, a categoria que representou as mulheres sem instrução se destacou nesse crescimento, de 2,6% em 1996 para 7,2% em 2006 (BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

Devido a esterilização feminina ter sido amplamente praticada antes e após a sua regularização, um novo fenômeno emergiu como consequência, a questão do arrependimento. Por se tratar de um método contraceptivo irreversível todas as categorias da variável anos de estudo apresentaram um crescimento. Sobretudo entre mulheres sem nenhuma instrução, ou seja, de 13,0% em 1996 aumentou para 18,5% em 2006. (Vide tabela 3)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da esterilização feminina, através da laqueadura tubária, no Brasil é uma prática que espelha a realidade enfrentada pelas mulheres. Mulheres casadas carregam sozinhas o peso do controle sobre a reprodução, optando pela negação da capacidade reprodutiva como forma de contracepção, através da esterilização (SCAVONE, 2004).

Ao traçar o perfil dessas mulheres, encontramos mulheres casadas ou unidas que antes da Lei 9.263/96 utilizavam em larga escala a laqueadura como método contraceptivo, independente da escolaridade. Num contexto onde essa prática era considerada crime, ou seja, proibida, de acordo com o Decreto 20.931/31, foi amplamente praticada sob a sombra das cesarianas (VENTURA, 2002).

Após a regulamentação dessa prática através da Lei de Planejamento Familiar que entrou em vigor em 1997, a PNDS 2006 revelou um declínio no uso desse método. No entanto, ao contrário do que se viu em 1996, onde todas as categorias da variável anos de estudo apresentaram elevado número de esterilizações, o que se vê na PNDS 2006 é o aumento no uso desse método nas mulheres com baixa ou nenhuma instrução e acentuada diminuição nas mulheres com maior escolaridade (PNDS 2006).

De acordo com a análise dos dados da tabela 3, o grupo de mulheres sem nenhuma instrução foi o que se mostrou mais vulnerável, apesar de ter demonstrado um aumento no uso de métodos contraceptivos, diminuição da parturição média ao usar o primeiro método e declínio na porcentagem de mulheres que realizaram o método com menos de 25 anos.

Identificamos um crescimento em um aspecto negativo, que foi a realização da esterilização em mulheres com menos de dois filhos vivos. A categoria, mulheres sem nenhuma instrução, se destacou mais uma vez, também por ter apresentado a maior porcentagem de mulheres que se arrependeram de ter se esterilizado.

Podemos concluir que as mulheres de maneira geral ainda optam pela laqueadura como método contraceptivo, no entanto as mulheres com menos instrução tendem a fazê-lo por déficit de conhecimento (dos métodos contraceptivos reversíveis, do próprio corpo, dentre outros motivos) e dificuldade no acesso a métodos reversíveis (VENTURA, 2002).

O movimento que observamos em mulheres mais escolarizadas é de regressão do uso da esterilização como método contraceptivo. Essa parcela das mulheres por ter maior acesso a contracepção reversível e tecnologias mais modernas, está utilizando a laqueadura cada vez menos, apenas quando se certificam que atingiram o número ideal de filhos (VENTURA, 2002).

A chamada Lei do Planejamento Familiar democratizou o acesso aos procedimentos contraceptivos. No caso da esterilização feminina a lei trouxe inúmeras condições para a realização do procedimento. O consentimento do cônjuge, em caso de uma relação conjugal, é a condição que mais chama atenção, pois, faz-se necessária a assinatura do cônjuge para a realização da esterilização. Como podemos negar a herança patriarcal diante desse fato?! (BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

Se o Brasil deseja de fato seguir as diretrizes do documento de Cairo e Pequim, precisa implementar ações que possibilitem a vivência dessa sexualidade. O texto da Lei 9.263/96 apesar de apresentar progresso ainda é muito conservador. A CPI instaurada em 1991 que investigou a esterilização em massa de mulheres, promoveu recomendações⁵⁰ de extrema importância para o desenvolvimento do planejamento familiar o país. No entanto, muitas dessas recomendações nunca foram atendidas (VENTURA, 2002).

É inegável que o PAISM foi uma grande conquista para o movimento feminista e as mulheres como um todo. No entanto, o que observamos atualmente é o sucateamento desse programa. O movimento feminista que atuou diretamente na aprovação do texto do PAISM e na conquista dos direitos sexuais e reprodutivos, lamentavelmente, não tem a mesma visibilidade atualmente. O Programa de Planejamento Familiar não atende as recomendações de Cairo e Pequim plenamente. Esse programa, nos dias de hoje, é reconhecido pelas mulheres apenas no que se refere à esterilização feminina.

A forma como o planejamento familiar está sendo oferecida, de maneira tão limitada, não garante autonomia às mulheres sobre seus corpos. A limitação do programa a laqueadura surge como um impedimento à realização dessa autonomia, já que ao invés do Estado garantir formas dessas mulheres vivenciarem suas vidas sexuais de maneira segura e separada da questão da reprodução, essas mulheres

⁵⁰ Anexo 3

só estão recebendo alternativas que ponham fim a essa questão. Ou seja, cercear a capacidade reprodutiva, para que essas mulheres tenham a ideia errada de que a partir daquele momento poderão viver sua vida sexual de maneira segura, como se a gravidez indesejada fosse a única ameaça à vida e a saúde dessas mulheres. As questões relacionadas às DSTs e AIDS não são colocadas como risco na oferta da laqueadura.

É necessário que se construa uma comissão de avaliação com a finalidade de mapear a cobertura desse programa, o público a quem se destina e como os serviços estão sendo realizados. Diante desse levantamento poderão ser propostas modificações para o programa. Essas devem conter indicações que envolvam o programa a ações educacionais, criar critérios que estimulem a participação do casal nas reuniões, ampliar o acesso e a oferta de métodos contraceptivos no setor público, oferecendo todos os métodos reversíveis e não só pílula, DIU e camisinha e criar condições para essas mulheres vivenciarem sua vida sexual plenamente sem precisar se esterilizar.

O objetivo final deste trabalho é chamar atenção para a questão da prática da esterilização feminina no Brasil, sinalizando a importância do assistente social como profissional que inserido na formulação, avaliação, monitoramento e execução das políticas sociais, buscando universalizar e garantir o acesso aos direitos sociais à sociedade. Em um trabalho futuro, na minha tese de mestrado, me aprofundarei nessa temática, buscando entender o porquê da inércia do movimento feminista diante do desmantelamento do PAISM. Será que este movimento foi cooptado???

Por fim, gostaria de me posicionar. Não sou contra a esterilização feminina! Até porque realizei esse procedimento aos 26 anos. No entanto, tenho certeza que optar por esse método deve ser uma decisão muito bem pensada e discutida entre o casal, no caso das mulheres unidas e só deve ser escolhida essa opção quando esses tiverem acesso a todos os métodos reversíveis existentes, ou seja, que essa decisão não seja tomada antes do conhecimento pleno da mulher sobre seu corpo e sua autonomia e não apenas como forma de conter sua fertilidade.

ANEXOS

ANEXO 1 – LEI Nº 9.263 SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Mensagem de veto

§ 7º do art. 226 da Constituição Federal

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao

homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

- I - a assistência à concepção e contracepção;
- II - o atendimento pré-natal;
- III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
- IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e

que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

CAPÍTULO II

DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997.

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos coautores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Adib Jatene

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 15.1.1996⁵¹

⁵¹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Lei Nº 9.263 sobre planejamento familiar, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.html

ANEXO 2 – CONCEITOS DE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

“Direitos sexuais, são direitos a uma vida sexual com prazer e livre de discriminação”. Incluem o direito:

- de viver a sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros impedimentos à livre expressão dos desejos.
- de viver a sua sexualidade independente do estado civil, idade ou condição física.
- a escolher o/a parceiro/a sexual sem discriminações; e com liberdade e autonomia para expressar sua orientação sexual se assim desejar.
- de viver a sexualidade livre de violência, discriminação e coerção; e com o respeito pleno pela integridade corporal do/a outro/a.
- praticar a sexualidade independente de penetração.
- a insistir sobre a prática do sexo seguro para prevenir gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS.
- à saúde sexual, o qual exige o acesso a todo tipo de informação, educação e a serviços confidenciais de alta qualidade sobre a sexualidade e a saúde sexual”.⁵²

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência...”⁵³ “Incluem o direito:

⁵² DÍAZ, M; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C; CAMPOS, M.T.A (ed.). Afinal, que paz queremos? Lavras: Editora UFLA, 2004, p.45-70 apud SOS CORPO – GÊNERO E CIDADANIA. Conversando sobre direitos sexuais e reprodutivos. Série saúde preventiva. Disponível em: <http://www.soscorpo.org.br/download/direitos.pdf>

⁵³ DÍAZ, M; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C; CAMPOS, M.T.A (ed.). Afinal, que paz queremos? Lavras: Editora UFLA, 2004, p.45-70 apud Hera: Health, Empowerment, Rights & Accountability. Empoderamento das Mulheres. In: Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres. Ideias para ação. New York, USA: Hera, s/d.

- individual de mulheres em decidir sobre se querem, ou não, ter filhos/as, em que momento de suas vidas e quantos/as filhos/as desejam ter.
- de tomar decisões sobre reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.
- de homens e mulheres participarem com iguais responsabilidades na criação dos/as filhos/as.
- a serviços de saúde pública de qualidade, e acessíveis, durante todas as etapas da vida.
- à adoção e ao tratamento para o infertilidade”.⁵⁴

Os direitos reprodutivos e os direitos sexuais são inseparáveis, já que garantem o livre exercício da sexualidade e a autonomia para as decisões das pessoas no que se refere à vida sexual e à reprodução, bem como assumir as responsabilidades dessas decisões.⁵⁵

⁵⁴ DÍAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C; CAMPOS, M.T.A (ed.). Afinal, que paz queremos? Lavras: Editora UFLA, 2004, p.45-70 apud SOS CORPO – GÊNERO E CIDADANIA. Conversando sobre direitos sexuais e reprodutivos. Série saúde preventiva. Disponível em: <http://www.soscorpo.org.br/download/direitos.pdf>

⁵⁵ DÍAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A (ed.). Afinal, que paz queremos? Lavras: Editora UFLA, 2004. p.45-70.

ANEXO 3 – RECOMENDAÇÕES DA CPI⁵⁶

As principais recomendações da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre “a incidência e esterilização em massa de mulheres no Brasil” e seu cumprimento são:

Ao Poder Legislativo

- a) Votação do projeto de lei que regulamenta o parágrafo 7º do art. da Constituição Federal. Cumprida com a aprovação da Lei nº 9.263/96.
- b) Aprovação de Resolução criando a Comissão de Direitos Humanos com subcomissão de direitos reprodutivos para acompanhar e fiscalizar a implementação da lei.

Ao Poder Executivo:

Ministério da Saúde

- a) Implementar o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, inserindo o homem como cliente a ser atendido.
- b) Campanha na mídia para divulgação dos métodos contraceptivos.
- c) Auditoria na rede pública e conveniada de forma a coibir o abuso da esterilização de mulheres.
- d) Vigilância sobre os projetos das tecnologias reprodutivas em curso, tanto as conceptivas quanto as contraceptivas.
- e) Garantir assento permanente no Conselho Nacional de Saúde para entidades feministas.
- f) Reativar a Comissão de Direitos Reprodutivos, antes instância de assessoria ao Ministro, inserindo-a no Conselho Nacional de Saúde com a finalidade de vigilância e assessoramento.
- g) Desestimular e coibir o exagero no volume de partos cesarianos na rede pública, privada e conveniada.
- h) Fiscalizar e punir a venda irregular ou sem prescrição médica de anovulatórios.

⁵⁶ VENTURA, MIRIAM, Direitos reprodutivos no Brasil/Miriam Ventura – São Paulo: M. Ventura, 2002, p.50-53.

Ministério da Educação

Apoiar projetos de pesquisa

- a) Apoiar projetos para aperfeiçoamento dos métodos de ensino de técnicas de concepção e anticoncepção modernas, com vistas a formar uma consciência nos estudantes a respeito dos princípios constitucionais do planejamento familiar.

Os parâmetros Curriculares Nacionais, elaborados recentemente, incluíram o tema “Educação para a Saúde” como obrigatório. A ser tratado de forma transversal por todas as áreas, com tópico especial para a questão da “orientação sexual”, a iniciativa reflete a preocupação e a adoção de estratégia que reduza a incidência, entre os adolescentes, de gravidez indesejada, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Ministério da Ciência e Tecnologia

Apoiar projetos de pesquisa visando ao aperfeiçoamento das tecnologias contraceptivas.

Ministério das Relações Exteriores

Divulgar a política de saúde reprodutiva do Brasil e repelir tentativas de governos internacionais de impor condições e exigências de políticas de controle demográfico.

Ministério da Fazenda

Reitera a recomendação feita ao Ministério das Relações Exteriores e acrescenta que deve vedar a participação direta ou indireta de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde no país.

Ministério do Planejamento e Orçamento

Reitera a recomendação feita ao Ministério das Relações Exteriores e acrescenta que devem ser atualizadas as estatísticas de contracepção no país.

Ministério do Trabalho

Incluir nas investigações:

- a) Exigência de atestado de esterilização.
- b) Demissão de mulheres pelo fato de não se submeterem à esterilização.

A Lei 9.029, de 13/04/95, regula especificamente o tema, vedando qualquer ato discriminatório nesse sentido.

Ministério Público Federal

Investigar as denúncias sobre esterilização com fins eleitoreiros.

Conselho Federal de Medicina

- a) Ampliar a fiscalização e punição dos médicos que descumprem normas legais e éticas.
- b) Patrocinar e colaborar em campanha nacional de esclarecimento das vantagens do parto normal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil) MACRO INTERNATIONAL. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM/Macro International, 1997.

BERQUÓ, Elza & CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2): s441-s453, 2003.

BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar, anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar. Estudos Feministas, 1: 366-381, 1997.

BRASIL, 1997^a. Lei ordinária 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 ago. Disponível em: <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/sr160/sr160.pdf> (Acesso em 16 de outubro de 2014)

BRASIL, 1997b. Portaria 144, de 20 de novembro, 1997. Diário Oficial da União, 24 nov.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Lei Nº 9.263 sobre planejamento familiar, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.html (Acesso em 16 de outubro de 2014)

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.300 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/pnds2006> (Acesso em 16 de outubro de 2014)

BRAVO, Maria Inês Souza. Capacitação em serviço social e política social. Módulo III: política social. Brasília: UnB – CEAD/CFESS, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CAETANO, André Junqueira. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. Rev. Bras. Estud. Popul. Vol.31 no.2, São Paulo julho-dezembro 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s0102-30982014000200005&lang=pt (Acesso em 28 de janeiro de 2015)

COSTA, C. L. & SCHMIDT, S. P. Poéticas e práticas feminista. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2004.

DÍAZ, Margarita, CABRAL, Francisco, SANTOS, Leandro. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. (ed.). Afinal que paz queremos? Lavras: Editora UFLA, 2004. p. 45-70

FAÚNDES, Anibal. Associação entre a prevalência de laqueadura tubária e características sócio demográficas de mulheres e seus companheiros no Estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1): 49-57, 1998.

FONSECA SOBRINHO, Dêlcio da. Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.

FONTENELE, Claudia Valença & TANAKA, Ana Cristina d'. O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado!: laqueadura e novas tecnologias reprodutivas. Saúde Soc. vol.23 no.2, São Paulo, Abril-junho 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s0104-12902014000200558&lang=pt (Acesso em 28 de janeiro de 2015)

GARCIA, Carla Cristina. Breve história do feminismo. São Paulo: Claridade, 2011. 120p. : il.-(Saber de Tudo).

MS (Ministério da Saúde). Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984:16

OSIS, Maria José Duarte. Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. Dissertação de Mestrado, Campinas:

Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1993/1994.

OSIS, Maria José Duarte. et al. Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(3): 521-532, jul-set, 1999.

OSIS, Maria José Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: 14(Supl. 1): 25-32, 1998.

RIOS, Roger Raupp. Para um direito democrático da sexualidade. Horiz. Antropol. vol.12 no.26, 2006.

SCAVONE, Lucila. Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais. São Paulo: UNESP, 2004.

VENTURA, Miriam. Direitos reprodutivos no Brasil. São Paulo: M. Ventura, 2002. Publicado pela Fundação MacArthur (The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation)

SITES CONSULTADOS

<http://www.abep.nepo.unicamp.br>

<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br>

<http://www.planalto.gov.br>

<http://www.saude.gov.br>

<http://www.scielo.br>